

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Claudia Weiss,
Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/4202 –**

Diagnosis Related Groups – Abrechnung für Adenotomien

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel) ist ein häufiger operativer Eingriff, insbesondere im Kindesalter. Für eine sachgerechte Bewertung der Versorgungslage sind belastbare Daten zur Entwicklung ambulanter und stationärer Fallzahlen, zur Zahl der Leistungserbringer, zur Vergütung (stationär nach DRG (Diagnosis Related Groups)-Systematik bzw. ambulant über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. den AOP (Ambulantes Operieren)-Katalog) sowie zu regionalen Wartezeiten erforderlich. Zudem ist angesichts von Ambulantisierungsbestrebungen und regionalen Engpässen eine transparente Darstellung von Trends im Zeitraum von 2020 bis 2024 angezeigt.

Gegenstand dieser Kleinen Anfrage sind ausdrücklich isolierte Adenotomien, also Adenotomien ohne gleichzeitige weitere operative Eingriffe in derselben Sitzung (z. B. ohne Tonsillektomie bzw. Tonsillotomie, ohne Parazentese bzw. Paukendrainage u. Ä.), soweit dies aus den Daten abgrenzbar ist.

1. Welche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Codes) (einschließlich Jahresversionen) legt die Bundesregierung zur Definition einer Adenotomie zugrunde?

Die isolierte Adenotomie wird nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) als „Adenotomie (ohne Tonsillektomie)“ mit einem Kode aus dem Bereich 5-285 ff. abgebildet. Auf der so genannten Fünfstellerebene wird zwischen dem Primäreingriff, Kode 5-285.0, der Readenotomie, Kode 5-285.1, sonstigen Adenotomien, Kode 5-285.x, und nicht näher bezeichneten Adenotomien, Kode 5-285.y, unterschieden. Im Bezugszeitraum 2020 bis 2024 weichen die jeweiligen Jahresversionen in Bezug auf diese Codes nicht voneinander ab.

Es ist darauf hinzuweisen, dass nicht in allen Fällen, in denen Codes aus dem Bereich 5-285 ff. verwendet wurden, ausschließlich Fälle mit „isolierten“ Adenotomien abgebildet werden. Die Codes aus dem Bereich 5-285 ff. bilden primär Adenotomien ohne gleichzeitige Tonsillektomie oder Tonsillotomie ab. Diese Kombinationseingriffe sind dem Codebereich 5-282 ff. zugeordnet.

Für den ambulanten Bereich war in dem Zeitraum 2020 bis 2024 die gleichzeitige Durchführung dieser Eingriffe in derselben Sitzung bereits durch die Codes 5-285 ff. selbst ausgeschlossen.

Für den stationären Bereich galt in dem Zeitraum 2020 bis 2024 gemäß dem Hinweis unter dem Code 5-282.1 eine abweichende Regelung. Demnach war bei einer partiellen Tonsillektomie mit gleichzeitiger Adenotomie der Code 5-282.1 nicht zu verwenden und stattdessen der Code 5-281.5 zusammen mit einem Code aus dem Bereich 5-285 ff. anzugeben, so dass die gleichzeitige Durchführung einer Tonsillotomie in derselben Sitzung durch die Codes 5-285 ff. selbst nicht ausgeschlossen war.

Weiterhin wird durch die Codes aus dem Bereich 5-285 ff. nicht ausgeschlossen, dass Eingriffe wie die „Parazentese“ bzw. die „Paukendrainage“ gleichzeitig in derselben Sitzung durchgeführt und parallel kodiert wurden. Diese Eingriffe sind klassifikatorisch dem Codebereich 5-200 ff. „Parazentese [Myringotomie]“ zugeordnet. Fälle mit gleichzeitiger Durchführung potenzieller weiterer operativer Eingriffe und entsprechender paralleler Kodierung sind ebenfalls denkbar.

2. Wie grenzt die Bundesregierung isolierte Adenotomie in den verwendeten Daten exakt ab (z. B. Ausschluss gleichzeitig kodierter OPS aus definierten OPS-Gruppen; bitte methodisch darstellen)?

Der Bundesregierung liegen zur ambulanten Leistungserbringung keine Daten vor, so dass für diesen Teil keine Abgrenzung der isolierten Adenotomie vorzunehmen war.

Für den Teil der stationären Leistungserbringung werden Adenotomien ohne gleichzeitige weitere operative Eingriffe im selben Aufenthalt und ohne gleichzeitige weitere operative Eingriffe in derselben Sitzung als „isolierte Adenotomien“ verstanden. Ausgeschlossen sind damit Tonsillektomien, Tonsillotomien, Parazentesen und weitere operative Eingriffe wie Tympanoplastiken, Eingriffe bei Spaltfehlbildungen, Eingriffe bei Halszysten, Eingriffe an Nasennebenhöhlen aber auch fach-/gebietsfremde Eingriffe im gleichen Aufenthalt.

Soweit bei der Beantwortung der Fragen auf DRG-Fallpauschalen abgestellt wird, wurde eine „isolierte Adenotomie“ definiert als Fall der DRG D13A oder D13B. Zusätzlich wurden Fälle dabei mit folgenden Operationen und Prozeduren ausgeschlossen.

5-200 ff.	Parazentese [Myringotomie]
5-201	Entfernung einer Paukendrainage
5-209 ff.	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr
5-214 ff.	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
5-215 ff.	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
5-216 ff.	Reposition einer Nasenfraktur
5-217 ff.	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase
5-218 ff.	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]
5-220 ff.	Nasennebenhöhlenpunktion
5-221 ff.	Operationen an der Kieferhöhle
5-222 ff.	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle
5-223 ff.	Operationen an der Stirnhöhle
5-224 ff.	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
5-225 ff.	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen

5-229	Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen
5-230 ff.	Zahnextraktion
5-232 ff.	Zahnsanierung durch Füllung
5-281 ff.	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)
5-282 ff.	Tonsillektomie mit Adenotomie
5-300 ff.	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx

Tabelle 1: OPS-Kodes, die von den verwendeten Daten ausgenommen wurden.

Quelle: Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus

3. Welche Datenquellen nutzt die Bundesregierung zur Beantwortung der Fragen zu
 - a) stationären Leistungen (DRG bzw. § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. Destatis bzw. weitere),
 - b) ambulanten Leistungen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. AOP nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bzw. Krankenversicherungen (KVen) etc.),
 - c) Zahl der Leistungserbringer,
 - d) Vergütung bzw. Erlösen und
 - e) Wartezeiten,
 und welche Einschränkungen (z. B. Meldeverzug, Abgrenzungsprobleme, fehlende Wartezeitstatistiken) bestehen jeweils?

Die Datenquellen werden jeweils bei der Beantwortung der entsprechenden Fragen angegeben.

4. Wie viele isolierte Adenotomien wurden in Deutschland in den Jahren 2020, 2021, 2022, 2023 und 2024 durchgeführt, getrennt nach
 - a) ambulant und
 - b) stationär
 (bitte je Jahr absolute Zahlen angeben)?
5. Wie hat sich die Zahl der isolierten Adenotomien im Zeitraum 2020 bis 2024 entwickelt:
 - a) insgesamt (Summe ambulant plus stationär),
 - b) ambulant und
 - c) stationär,
 jeweils absolut und prozentual (bitte Veränderung je Jahr gegenüber Vorjahr sowie Veränderung von 2020 bis 2024 ausweisen)?

Die Fragen 4 und 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zudem sind in die folgende Tabelle bereits Informationen zur Beantwortung der Frage 10 aufgenommen.

Der Bundesregierung liegen zur ambulanten Leistungserbringung keine Daten vor. Zur stationären Leistungserbringung liegen folgende Daten vor.

Datenjahr	Fallzahl	Veränderung absolut	Veränderung relativ in Prozent	mittlere Verweildauer	Median Verweildauer
2020	1 754	–	–	1,30	1
2021	1 393	-361	-21	1,31	1
2022	1 662	269	19	1,29	1
2023	2 046	384	23	1,21	1
2024	1 806	-240	-12	1,22	1

Tabelle 2: Fallzahl stationär durchgeführter isolierter Adenotomie im Zeitraum 2020 bis 2024 einschließlich deren Veränderung und Verweildauer.

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes

6. Wie hoch ist je Jahr der Anteil der ambulanten bzw. stationären Durchführung an allen isolierten Adenotomien (bitte Prozentwerte von 2020 bis 2024 angeben)?

Der Bundesregierung liegen zur ambulanten Leistungserbringung keine Daten vor.

7. Wie verteilen sich die Fälle je Jahr nach Altersgruppen (z. B. 0 bis 5 Jahre, 6 bis 10 Jahre, 11 bis 17 Jahre, 18 Jahre und älter), getrennt nach ambulant und stationär?

Der Bundesregierung liegen zur ambulanten Leistungserbringung keine Daten vor. Zur stationären Leistungserbringung liegen für das Jahr 2024 folgende Daten vor.

Datenjahr	Altersklasse	Fallzahl
2024	Unter 6 Jahre	852
2024	6 bis 10 Jahre	546
2024	11 bis 17 Jahre	134
2024	Ab 18 Jahre	274
2024	Summe	1 806

Tabelle 3: Fallzahl stationär durchgeführter isolierter Adenotomien im Jahr 2024 nach Altersgruppen

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz

8. Welche DRG wurden in den Jahren 2020 bis 2024 bei stationär erbrachten isolierten Adenotomien am häufigsten abgerechnet (bitte je Jahr die wichtigsten DRG mit Fallzahlen bzw. Anteilen nennen)?

Die Daten ergeben sich aus folgender Tabelle.

Datenjahr	DRG	Fallzahl	Anteil in Prozent
2020	D13A	15	0,9
2020	D13B	1 739	99,1
2021	D13A	34	2,4
2021	D13B	1 359	97,6
2022	D13A	35	2,1
2022	D13B	1 627	97,9
2023	D13A	26	1,3

Datenjahr	DRG	Fallzahl	Anteil in Prozent
2023	D13B	2 020	98,7
2024	D13A	31	1,7
2024	D13B	1 775	98,3

Tabelle 4: DRGs, die im Zeitraum 2020 bis 2024 am häufigsten bei stationär erbrachten isolierten Adenotomien abgerechnet wurden, einschließlich Fallzahl und Anteil.

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes

9. Wie haben sich im Zeitraum von 2020 bis 2024 für diese DRG
- die Bewertungsrelationen,
 - die maßgeblichen Basisfallwerte (Bund oder Land, soweit relevant) sowie
 - die daraus resultierenden durchschnittlichen Erlöse je Fall entwickelt (bitte je Jahr darstellen und die Berechnungsmethode erläutern)?

Die Daten zur Beantwortung der Teilfrage a ergeben sich aus folgender Tabelle:

Katalogjahr	DRG	RG HA	RG BA
2020	D13A	0,905	0,748
2020	D13B	0,495	0,326
2021	D13A	0,891	0,755
2021	D13B	0,499	0,387
2022	D13A	0,878	0,712
2022	D13B	0,496	0,385
2023	D13A	0,848	0,647
2023	D13B	0,477	0,370
2024	D13A	0,857	0,656
2024	D13B	0,498	0,385

Tabelle 5: Veränderung der Bewertungsrelationen für die DRGs D13A und D13B im Zeitraum 2020 bis 2024, RG HA = Bewertungsrelationen Hauptabteilung; RG BA = Bewertungsrelationen Belegabteilung.

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Fallpauschalenkatalog

Für die Landesbasisfallwerte wird auf die öffentlich zugänglichen Informationen über die Internetangebote der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung oder die Dachverbände der einzelnen Kassenarten verwiesen. Die von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbarten Bundesbasisfallwerte stellen sich im fraglichen Zeitraum wie folgt dar:

Jahr	Bundesbasisfallwert in Euro
2020	3 679,62
2021	3 747,98
2022	3 833,07
2023	4 000,71
2024	4 210,59

Tabelle 6: Bundesbasisfallwert im Zeitraum 2020 bis 2024

Die Antwort zu Teilfrage c ist untenstehender Tabelle zu entnehmen.

Zur Berechnungsmethode: Für jeden Fall wird anhand von DRG, Versorgungsform (Haupt-/Belegabteilung) und Verweildauer das effektive Relativgewicht anhand des Fallpauschalenkataloges des jeweiligen Jahres ermittelt und mit dem Basisfallwert des betreffenden Jahres multipliziert.

Datenjahr	Fallzahl	Casemix effektiv	mittlerer effektiver Casemix pro Fall	mittlerer Erlös je Fall in Euro
2020	1 754	682,462	0,389	1 431,70
2021	1 393	565,591	0,406	1 521,77
2022	1 662	664,282	0,400	1 532,03
2023	2 046	790,967	0,387	1 546,64
2024	1 806	704,313	0,390	1 642,07

Tabelle 7: Darstellung der durchschnittlichen Erlöse je stationär durchgeführter isolierter Adenotomie im Zeitraum 2020 bis 2024.

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Fallpauschalenkatalog

10. Welche mittlere bzw. mediane Verweildauer hatten stationäre Fälle isolierter Adenotomien je Jahr 2020 bis 2024?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 4 und 5 verwiesen.

12. Über welche EBM-Gebührenordnungspositionen (GOP) wird die isolierte Adenotomie im ambulanten Bereich in den Jahren 2020 bis 2024 abgerechnet (bitte GOP nennen und relevante Änderungen im Zeitraum darstellen)?
13. Wie hoch war die durchschnittliche Vergütung je ambulanter isolierter Adenotomie in den Jahren 2020 bis 2024 nominal (Euro) und nach Möglichkeit zusätzlich inflationsbereinigt (bitte Index bzw. Methodik angeben und bitte darstellen, inwieweit Anästhesieleistungen, Zuschläge, prä- bzw. postoperative Leistungen einbezogen oder getrennt ausgewiesen werden)?

Die Fragen 12 und 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Zuordnung von OPS-Kodes zu Gebührenordnungspositionen (GOPs) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erfolgt über den Anhang 2 EBM. In der beigefügten Anlage 1 in der Tabelle sind den OPS-Kodes 5-285.0 und 5-285.1 dem Anhang 2 EBM zugeordnete GOPs sowie weitere für die isolierte Adenotomie relevante GOPs zusammengestellt und hiermit verbundene Vergütungen in den Jahren 2020 bis 2024 ausgewiesen.*

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/4662 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

14. Wie viele Ärzte (bitte nach Fachgruppen, soweit aus den Daten belastbar, z. B. HNO-Ärzte, Kinderchirurgen u. a., differenzieren) haben in Deutschland im jeweiligen Jahr 2020 bis 2024 mindestens eine isolierte Adenotomie erbracht bzw. abgerechnet, getrennt nach
 - a) ambulant und
 - b) stationär?
15. Wie hat sich diese Zahl der Ärzte im Zeitraum von 2020 bis 2024 entwickelt (bitte absolute Zahlen und prozentuale Veränderung von 2020 bis 2024 sowie je Jahr gegenüber Vorjahr angeben)?
16. Hat sich die Zahl der Ärzte, die isolierte Adenotomien durchführen, in diesem Zeitraum regional unterschiedlich entwickelt (bitte nach Bundesländern und, soweit möglich, nach KV-Bezirken ausweisen)?
17. Welche Gründe sieht die Bundesregierung ggf. für einen möglichen Rückgang bzw. Anstieg der Zahl der Leistungserbringer (z. B. Personalengpässe im OP bzw. Anästhesie, Ambulantisierung, Strukturvorgaben, Wirtschaftlichkeit, Haftung, regionale Unterversorgung)?

Die Fragen 14 bis 17 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Informationen vor.

18. Über welche belastbaren Daten verfügt die Bundesregierung ggf. zu Wartezeiten auf eine isolierte Adenotomie (Definition: Zeitraum von Indikationsstellung bzw. Überweisung bis OP-Termin), getrennt nach ambulant bzw. stationär?
19. Welche durchschnittlichen Wartezeiten (bitte mindestens Mittelwert und Median angeben; wenn möglich zusätzlich Quartile angeben) bestanden in den Jahren 2020 bis 2024, aufgeschlüsselt nach
 - a) Bundesländern und
 - b) KV-Bezirken (soweit verfügbar)?
20. Welche Unterschiede ergeben sich nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen
 - a) städtischen und ländlichen Regionen sowie
 - b) gesetzlich und privat Versicherten (soweit aus Daten ableitbar)?

Die Fragen 18 bis 20 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

21. Welche konkreten Maßnahmen plant oder prüft die Bundesregierung ggf., um regionale Unterschiede bei Wartezeiten zu reduzieren und die Versorgung mit isolierten Adenotomien sicherzustellen?

Die stationäre Versorgung mit isolierten Adenotomien fällt als Teil der Krankenhausplanung in die Zuständigkeit der Länder. Das ambulante Operieren von isolierten Adenotomien ist vom Sicherstellungsauftrag umfasst. Dieser liegt für die vertragsärztliche Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Bundesregierung plant derzeit Maßnahmen zur Einführung eines Primärversorgungssystems, unter anderem mit dem Ziel, den Zugang zur fachärztlichen Ver-

sorgung insgesamt zielgerichtet und effizient auszugestalten und Wartezeiten auf dringliche Facharzttermine zu verringern.

Tabelle 8: Gebührenordnungspositionen und Vergütungen der ambulant durchgeführten isolierten Adenotomie, Angaben in Euro:

GOP			2020	2021	2022	2023	2024
Operateur	09210	Grundpauschale bis 5 Jahre vom HNO-Arzt	27,47	27,81	28,17	28,73	29,83
	09215	Zuschlag Hygiene auf die Grundpauschale	-	-	0,23	0,23	0,24
	09227	Zuschlag zur Grundpauschale	0,22	0,22	0,23	0,23	0,24
	31231	OP	108,44	109,80	104,78	106,87	110,99
	31502	Postoperative Überwachung	26,70	27,03	27,38	27,92	29,00
	31530	Postoperative Nachbeobachtung 1 h	-	-	-	17,70	18,38
	31656	Postoperative Behandlung	15,27	15,46	15,66	15,97	16,59
	31027	Zuschlag Hygiene auf OP	-	-	-	-	13,13
Narkose	05210	Grundpauschale bis 5 Jahre vom Anästhesisten	10,99	11,12	11,27	11,49	11,93
	05215	Zuschlag Hygiene auf die Grundpauschale	-	0,22	0,23	0,23	0,24
	05227	Zuschlag zur Grundpauschale	0,33	0,33	0,34	0,34	0,36
	31821	Narkose	109,54	110,91	112,32	114,57	118,98
Summe			298,96	302,92	300,58	324,29	349,90

Quelle: GKV-Spitzenverband

